

**NOMBRE DE ALUMNOS:  
RAÚL ENRIQUE ORTIZ MUÑOZ**

**NOMBRE DEL PROFESOR:  
JAVIER GOMEZ GALERA**

**NOMBRE DEL TRABAJO:  
MAPA CONCEPTUAL**

**MATERIA:**

**ENFERMERIA EN URGENCIA Y DESASTRE**

PICHUCALCO, CHIAPAS A 15 DE OCTUBRE DE 2021

PACIENTE  
POLITRAUMATIZADO:

Los politraumatismos son cuadros debidos a accidentes graves.

Se producen en los individuos lesiones en diversos órganos y sistemas, afectando al estado general y/o constantes vitales que pueden ocasionar a los individuos un estado en el que peligrasen sus vidas.

En el paciente politraumatizado la rápida y correcta valoración de los signos vitales y otros parámetros como las pupilas, piel, relleno capilar.

son imprescindibles para la valoración, tratamiento y cuidados específicos que necesita cada paciente.

El reconocimiento primario y secundario realizado de forma sistemática, constante y protocolizada, cumple la misión de evitar errores y omisiones en la valoración, tratamientos y cuidados

debemos ser capaces de relacionarnos para poder coordinar y optimizar nuestros esfuerzos dirigidos a cada paciente.

Los cuidados de enfermería deben ser integrados en el S.I.E., para que posean también un esquema lineal, es decir, una continuidad; y no un esquema escalonado.

Deben existir Hojas de Enfermería que acompañen al paciente, donde la información de los cuidados se vea reflejada para poder evaluar constantemente sus resultados, optimizar y coordinar nuestros esfuerzos.

es primordial e imprescindible en la atención inicial al politraumatizado, donde el tratamiento y cuidados deben ser precoces

un politraumatizado debemos valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales. Hay que asegurar la vía aérea, control respiratorio y circulatorio.

Se realiza una valoración de las constantes vitales; frecuencia cardiaca y respiratoria, tensión arterial, pulsioximetría y monitorización del individuo si es posible.

se denomina valoración 1ª:

- Control de vía aérea y control cervical
- Respiración.
- Circulación con control de hemorragia.
- D.Discapacidad.-Estado neurológico.
- Exposición / Entorno.

Aplicación de enfermería:

Aplicación del Collarin.  
Aplicación de Oxígeno.  
Monitorización electrocardiográfica ( EKG ) y pulsioximetría.  
Canalizar vías periféricas.  
Extraer muestra de sangre para determinaciones.  
Control de hemorragias de consideración.  
Desnudar al paciente.

## VALORACIÓN PRIMARIA:

### Control de la Vía aérea y Cervical:

La permeabilidad y estabilidad de la vía aérea es el primer punto a valorar.

En un individuo inconsciente hay que comprobar su vía aérea, en el sujeto que tiene disminuido su nivel de conciencia puede ocurrirle la caída de la lengua hacia atrás y / o una broncoaspiración.

La cabeza y el cuello no deben ser hiperextendidos en un politraumatizado; la utilización de la tracción del mentón con control cervical, es la maniobra de elección para la apertura de la vía aérea.

**Respiración:** Hay que valorar la correcta ventilación y el adecuado aporte de oxígeno. Buscaremos las causas que alteran la ventilación y emprenderemos las medidas adecuadas, intubación orotraqueal, drenaje torácico.

**Circulación y Control de Hemorragias:** La hemorragia es la principal causa de muerte tras un traumatismo.

- Nivel de Conciencia.
- Coloración de la Piel.
- Pulso.
- Hemorragias.

Evaluación neurológica: Tras solucionar los problemas vitales se realiza una valoración del nivel de conciencia y pupilas.

- Valorar traumatismos craneoencefálico ( TCE ), traumatismo facial y cervical.
- Respuesta pupilar y movimientos oculares.
- Escala de Glasgow.

## VALORACIÓN SECUNDARIA:

La valoración secundaria consiste en un análisis pormenorizado de posibles lesiones desde la cabeza a los pies, mediante la vista el oído y el tacto.

Historia: Debemos conocer el mecanismo lesional y si es posible los antecedentes del paciente; patología previa, medicación habitual y última comida.

**Examen Físico:**  
Columna cervical y cuello.  
Tórax y espalda.  
Abdomen y Pelvis.  
Periné, recto y vagina.  
Músculo esquelético.  
Neurológico.

**Monitorización:**  
Frecuencia respiratoria.  
Pulsioximetría.  
Presión arterial.  
Monitorización cardíaca.

El paciente politraumatizado debe ser reevaluado constantemente para asegurar que son detectados nuevos hallazgos y que no empeora los signos vitales evaluados inicialmente.

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN QUEMADOS

Atención de enfermería en quemados:

son lesiones físicas de la piel que pueden involucrar otros tejidos y donde no intervienen fuerzas mecánicas, sino que son generadas por agentes físicos y ocasionalmente químicos, con extensión y profundidad variable.

Sus características principales son la desnaturalización proteica, la destrucción celular y la abolición de su metabolismo, lo que provoca la pérdida de continuidad en la piel.

En pacientes quemados con inhalación de sustancias tóxicas (incendios) se debe tener en cuenta que el pulsioxímetro detecta la carboxihemoglobina (intoxicación por monóxido de carbono).

En quemaduras eléctricas: En este tipo de quemaduras las necesidades de reposición de líquidos son superiores a otro tipo de quemaduras, ya que la mayor parte de las lesiones son internas.

RIESGOS O COMPLICACIONES POTENCIALES:

- Infección.
- Desnutrición.
- Síndrome compartimental.
- Obstrucción urinaria por edema

CUIDADOS ENFERMEROS:

Realizar una primera valoración siguiendo el esquema ABCD (IV):

- A (Airway): Vía aérea abierta y limpia.
- B (Breathing): Respiración. Descubrir el pecho y comprobar la expansión adecuada y equitativa de ambos hemitorax.
- C (Circulation): Circulación. Comprobar y tratar la presencia de sangrado debido a otras lesiones. Valorar el pulso y la circulación periférica.
- D (Disability): Estado neurológico. Determinar el estado de conciencia

a la reposición hídrica agresiva, coger dos vías venosas de grueso calibre, siempre que sea posibles en zonas de piel sana, preferiblemente a más de cinco centímetros de la piel quemada.

Realizar monitorización de constantes vitales de forma continua o al menos cada 15 minutos.

Administrar el analgésico indicado, valorar su efectividad y reacciones secundarias

Retirar cuidadosamente anillos, pulseras, cinturones, y en general todo objeto ó ropa antes que la zona comience a inflamarse.

Si el edema está presente elevar la zona afectada para evitar el síndrome compartimental. En quemaduras en la cara elevar la cabecera de la cama/camilla unos 30g°

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO

Un ahogamiento se produce tras un episodio de inmersión de la víctima. Esta situación puede provocar la muerte inmediatamente o incluso antes de las primeras 24 horas, debido a complicaciones derivadas del ataque hipóxico.

La fisiología del ahogamiento es diferente si se produce en agua dulce o salada, aunque ambas situaciones conducen a hipoxemia.

La etiología es diversa, ya que puede deberse a traumatismos, convulsiones, intoxicaciones por alcohol, sedantes, extenuación, naufragio o por no saber nadar.

Entre los síntomas más comunes que presentan estos pacientes a nivel pulmonar son: cianosis, palidez con edema pulmonar, esputos espumosos, estertores, roncus, sibilancias que evolucionan hasta la insuficiencia o el paro respiratorio.

Es frecuente también la aparición de convulsiones, cambios en el estado mental, incluso estupor o coma, acompañados de otros signos focales neurológicos que reflejan hipoxia y edema cerebral. En ocasiones, menos frecuente, producen arritmias cardíacas y asistolia.

Entre los indicadores clínicos de mal pronóstico se encuentran: Menores de 3 años; Tiempo de inmersión superior a los 5 minutos; No se han llevado a cabo medidas de soporte vital básico.

Presencia de convulsiones, pupilas fijas y dilatadas, postura descerebrada, extremidades flácidas y coma; Puntuaciones inferiores a 5 en la escala de coma Glasgow se asocia con elevados índices de mortalidad, puntuaciones superiores a 6 se asocian con probable ausencia de secuelas; PH arterial 7,10 ó inferior; Glucemia inicial de 200 mg/dl ó superior.

Las complicaciones más comunes que suelen presentar son: neumonía por aspiración, necrosis tubular aguda e insuficiencia renal, edema pulmonar, insuficiencia respiratoria, paro cardiorrespiratorio; lesión de la medula espinal, complicaciones de la reanimación in situ, como neumotórax, coagulación intravascular diseminada.

### MEDIDAS DE ACTUACIÓN INMEDIATA

Imprescindible estabilizar la vía aérea buscando la permeabilidad de la misma en primer lugar, eliminando cualquier material extraño existente, manteniendo la ventilación y la administración de oxigenoterapia y líquidos.

Adecuada inmovilización del cuello durante toda asistencia y traslado a centro hospitalario. Tratar las complicaciones que puedan surgir, derivadas del pulmón, o del edema cerebral secundario a ataque hipóxico. Control y vigilancia de constantes vitales, así como, control de la temperatura.

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTOXICADOS

Las actividades encaminadas a realizar la valoración primaria (ABCDE) y asegurarla. Una vez asegurada se añadirían actividades como:

Estabilización hemodinámica: Monitorización cardíaca, verificando pulso y control de la TA. La hipotensión suele responder a fluidoterapia, pero en determinados casos se pueden llegar a usar vasopresores generalmente dopamina.

excepto en las intoxicaciones por antidepresivos tricíclicos y fenotiacinas donde se prefiere el uso de noradrenalina.

El control y tratamiento de las arritmias se realizará dependiendo del tipo de tóxico.

Control neurológico: Frente a una supuesta intoxicación que provoque un estado de coma, se ha de establecer una valoración del grado de coma (escala de Glasgow).

posteriormente proceder a un diagnóstico diferencial del coma tóxico (el coma tóxico cursa sin localización, debiéndose descartar una lesión estructural de tronco, hemorragia subaracnoidea, meningo-encefalitis o coma metabólico endógeno).

Estabilizar, controlar y medidas de mantenimiento:

Preparación del material y mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea. La aseguraremos retirando prótesis dentales o hipotéticamente cuerpos extraños de la cavidad bucal

evitando la caída lingual con un tubo de mayo adaptado a cada paciente, colocando el intoxicado en decúbito izquierdo y ligero Trendelenburg.

La intubación no debe ser sistemática, sino que depende de la valoración del estado de coma y de la presencia de reflejos faríngeos defensivos. Ante la duda, siempre es mejor intubar al intoxicado.

Control de constantes. Monitorización del paciente. Hay que valorar tensión arterial, frecuencia cardíaca, E.C.G. correlacionándolos con signos de mala perfusión tisular

Canalización de vía endovenosa. A ser posible de grueso calibre. (16G o 18G)  
Administración de medicación.

Medidas para aumentar la diuresis:  
Depuración renal. Se puede aplicar en aquellas intoxicaciones por tóxicos que se eliminen por orina y que estén parcialmente ionizadas en solución

Depuración extrarrenal si fuese necesario. Existen diferentes técnicas de depuración extrarrenal, que tienen diferentes indicaciones en el tratamiento toxicológico.

Diálisis peritoneal  
Hemoperfusión.  
Hemodiálisis